

Монтес Росель Ксения Васильевна

**ДЕРМАТОФИТИИ СТОП У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: ВСТРЕЧАЕМОСТЬ,
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА
ДАЛЬНЕЙШЕГО ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ**

14.01.10 – Кожные и венерические болезни

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2020

Работа выполнена в Медицинском институте непрерывного образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Малярчук Александр Петрович

Научный консультант:

доктор медицинских наук

Саверская Елена Николаевна

Официальные оппоненты:

Хамаганова Ирина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, факультет дополнительного профессионального образования, кафедра кожных болезней и косметологии, профессор кафедры

Бурова Софья Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, Общероссийская общественная организация: «Общественная Национальная Академия Микологии», отдел медицинской микологии, руководитель отдела; Центр глубоких микозов Лечебно-реабилитационный центр «МЕДИКО-С», руководитель Центра; Вице-президент Национальной академии микологии

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «15» февраля 2021 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.09 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д.19

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский б-р, 37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru/

Автореферат разослан « ____ » _____ 2020 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент



Чебышева Светлана Николаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Микозы стоп (МС) – одна из актуальных проблем медицины в мировом масштабе, включая Россию. МС регистрируются у 5–15% городских жителей старше 18 лет [Сергеев А.Ю. и соавт., 2002; Viegas C. et al., 2013; Budak A. et al., 2013; Nenoff P. et al., 2014 и др], а в возрастной группе от 70 лет и старше – у 50% [Baran R. et al., 2006]. По данным официальной статистики МЗ РФ интенсивный показатель заболеваемости МС в РФ в 2016 г. составил 133,8 на 100000 населения, что значительно выше эпидемического уровня. По глобальности проблема МС приближается к простудным заболеваниям [Никитина И.В., 2009]. МС – важная междисциплинарная проблема. В Европейских странах МС выявляются в 22,3% случаев при обращении к участковым врачам [Бучинский О.И. и соавт., 2002]. Всего 5% всех МС являются первичными заболеваниями, при наличии соматической патологии они наблюдаются у каждого 2-го больного [Мурзина Э.А., 2012]. «Поликлинические микозы» выявляются дерматологами на амбулаторном приеме [Соколова Т.В., Малярчук Т.А., 2013; Акышбаева К.С., Рамазанова Б.А., 2015; Зорин А.Н. и соавт., 2015 и др.] и смежными специалистами в многопрофильных поликлиниках [Сергеев Ю.В. и соавт., 2010; Кукшкина С.В., 2014]. Проблема «госпитальных МС» заключается в формировании устойчивых коморбидных связей патологии органов и систем организма [Павлова О.В., 2007; Gerasimchuk E.V. et al., 2016]. Концепция современной медицины делает акцент на интеграцию при изучении особенностей течения сочетанной патологии [Jafferany M., Franca K., 2016; Marshall C. et al., 2016]. Риск заболеть МС с возрастом удваивается каждые 10 лет жизни [Бурова С.А., 2014]. Таким образом, МС не только медицинская, но и социально-экономическая проблема [Мурзина Э.А., 2012; Файзулина Е.В., 2014]. Анализ встречаемости МС у больных в стационарах при единовременном скрининге позволит глубже оценить междисциплинарную значимость проблемы.

Многочисленные исследования посвящены изучению МС на фоне сопутствующих заболеваний. Среди них особо значимы сахарный диабет [Акышбаева К.С. и соавт., 2013; Краснова Н.А. Макаров Ф.Ю., 2013; Иванова Ю.А., Емельянова И.В., 2014; Dogra S. et al., 2002 и др], хроническая венозная недостаточность [Светухин А.М. и соавт., 2008; Махулаева А.М., 2009; Усубалиев М.Б., 2013; Tasic S. et al., 2001 и др.], облитерирующие заболевания артерий [Сучкова О.В., Рубинова Е.И., 2013 и др.], онкологическая патология [Sigurgeirsson V. et al., 2004; Tuchinda P. et al., 2006], заболевания ЖКТ, сердечно-сосудистой системы [Файзулина Е.В., 2014]; иммунодефициты [Tosti A. et al., 2005; Tuchinda P. et al., 2006], в том числе ВИЧ-инфекция [Филиппова В.С., Разнатовский К.И., 2014; Ilkit M. et al., 2014; da Silva B.C. et al., 2014 и др.]. Однако в повседневной практике врачи смежных специальностей направляли к дерматологу только 11,7% больных с МС [Мельниченко Н.Е., 2010], что указывает на актуальность изучения причин их низкой мотивации в плане лечения и профилактики данной патологии. Частое

использование антибиотиков, иммунодепрессантов, глюкокортикоидов и др. препаратов способствует колонизации организма микотической инфекцией [Мурзина Э.А., 2012; Касихина Е.И., 2016]. Это обосновывает целесообразность изучения особенностей течения дерматофитий стоп (ДС) у больных с различной соматической патологией с учетом проводимой терапии основного заболевания.

Рациональный подбор топического антимикотика (ТА) для лечения МС гарантирует элиминацию возбудителя и, соответственно, выздоровление пациента. Как свидетельствует практика, выбор ТА зачастую базируется не на стандартах и клинических рекомендациях, а на предпочтении врача с учетом его личного опыта, рекомендаций сотрудников аптек и личном мнении самого пациента [Касихина Е.И., 2015]. В России в соответствии с данными многоцентрового исследования (2012-2013 гг.) рецидивы МС зарегистрированы в 49,9% случаев, а частота их возникновения у многих больных зависела от игнорирования противовоспалительных, кератолитических средств, механической обработки ногтей при онихомикозе [Соколова Т.В., Малярчук Т.А., 2014]. Социологический опрос больных МС свидетельствует, что только 48% из них ранее лечились у дерматолога, но лишь 30% выполняли рекомендации врачей, а 27% занимались самолечением [Мельниченко Н.Е., 2010]. В соответствии с этим актуален анализ соблюдения дерматологами утвержденных стандартов терапии МС и оценка приверженности пациентов к назначенному лечению.

Реорганизация системы здравоохранения в РФ изменила сроки пребывания больного в стационаре. При двухнедельной госпитализации больного даже в кожное отделение полноценно пролечить МС, особенно с онихомикозом, не представляется возможным. А в стационарах соматических отделений лечение таких пациентов не входит в перечень оказываемых медицинских услуг. Формирование мотивации смежных специалистов – одно из условий своевременного выявления больных МС и направления их к дерматологу для проведения лечебно-профилактических мероприятий в амбулаторных условиях.

Степень разработанности темы диссертации. МС – актуальная междисциплинарная проблема. Дерматологи оценивали встречаемость МС у пациентов с различными нозологическими формами сопутствующих заболеваний, а смежные специалисты – у амбулаторных больных в многопрофильных поликлиниках. Учитывая коморбидность соматической патологии, определенный интерес представляет изучение встречаемости, особенностей клиники, предшествующей терапии ДС, влияния лечения сопутствующих заболеваний на течение микоза у больных, госпитализированных в различные отделения многопрофильного лечебного учреждения. В ходе исследования возникла необходимость внесения коррективы в метод микроскопической диагностики ДС, провести анализ соблюдения

дерматологами утвержденных стандартов терапии ДС, оценить приверженность пациентов к антимикотической терапии. Завершенность исследования базируется на впервые предложенной методике дерматологического сопровождения больных ДС, выписавшихся из стационара, на амбулаторном этапе.

Цель исследования. Изучить встречаемость, особенности течения, лечения ДС у больных в стационарах многопрофильного лечебного учреждения, усовершенствовать диагностику и разработать тактику дальнейшего дерматологического сопровождения на амбулаторном этапе.

Задачи исследования:

1. Изучить встречаемость ДС у больных в стационарах многопрофильного лечебного учреждения (МЛУ), особенности клиники и влияние сопутствующих заболеваний на их течение.
2. Провести анализ и систематизировать причины, способствующие высокому уровню заболеваемости населения МС на основании изучения мнения врачей.
3. Усовершенствовать метод микроскопической диагностики ДС и сравнить его эффективность с традиционным методом и методом скотч-проб.
4. Провести анализ ресурсов топических антимикотиков (ТА), разрешенных для лечения ДС в РФ по данным Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС) РФ и Федеральных клинических рекомендаций (ФКР) Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) и выяснить приоритеты их использования в медицинской практике.
5. Изучить приверженность пациентов с ДС к терапии с учетом гендерных характеристик, особенностей течения заболевания и отношения больных к выбору препаратов.
6. Разработать тактику дерматологического сопровождения больных ДС в стационаре и на амбулаторном этапе, основанную на взаимодействии дерматологов и врачей смежных специальностей.

Научная новизна

Впервые установлено, что ДС регистрируются более, чем у половины больных (54,8%) в отделениях МЛУ, протекают на фоне коморбидности патологии органов и систем (44,8%). Установлены общие закономерности клинических характеристик ДС у пациентов, госпитализированных в терапевтическое, хирургическое, кардиологическое и пульмонологическое отделения с использованием критериев: топика процесса, встречаемость, структура клинических форм ДС и ногтей, индекс КИОТОС, частота осложнений, наличие микидов.

Впервые проведен анализ причин, способствующих высокому уровню заболеваемости МС, и осуществлено их ранжирование на 4 группы, в структуре которых приведены качественные и количественные составляющие, отражающие значение каждой причины.

Впервые для микроскопической диагностики ДС предложен и внедрен в практику новый метод «щелочное препарирование» (ЩП) в шприце и показано его преимущество при сравнительном анализе с традиционным методом и методом скотч-проб.

Впервые проведен анализ перечня ТА, зарегистрированных в ГРЛС РФ и рекомендованных ФКР РОДВК, а также использования их больными ранее (по данным анамнеза) при наличии неэффективности терапии. Выявлены несоответствия в руководящих документах и определены приоритеты врачей при использовании ТА в клинической практике.

Впервые у больных ДС проведен многофакторный анализ приверженности к лечению. Максимальный уровень зарегистрирован у лиц пожилого (2,4 балла) и старческого (2,0 балла) возрастов, минимальный – у трудоспособного населения (1,4 балла). Уровень приверженности был достоверно выше при наличии онихомикоза, легких вариантах течения ДС, отсутствии осложнений. Значение показателя достоверно возрастало с увеличением числа применяемых ранее ТА – от 1,8 балла (один ТА) до 2,5 балла (три и более ТА) ($p < 0,05$).

Впервые предложен алгоритм дерматологического сопровождения больных ДС на амбулаторном этапе, основанный на взаимодействии врачей смежных специальностей в стационаре и дерматологов. Эффективность реализации зависела от возраста пациентов и степени выраженности косметического дефекта ногтей на стопах и кожи и/или ногтей на кистях.

Теоретическая и практическая значимость работы

Коморбидность ДС и патологии различных органов и систем организма, зарегистрированная у 54,8% больных указывает на целесообразность сотрудничества врачей смежных специальностей и дерматологов. Доказательством этого является факт обострения ДС при сопутствующих заболеваниях, тактика лечения которых связана с приемом антибактериальных препаратов, как в амбулаторных условиях (29,9%), так и в стационаре (24,7%).

Определение причин, способствующих высокому уровню заболеваемости МС, их качественная и количественная характеристики, являются основой для совершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с МС в масштабе страны.

Метод «ЩП» в шприце, эффективность которого доказана в условиях стационара, может с успехом применяться в амбулаторной практике. Особенности методики позволяют проводить исследование материала в течение 3 суток, что способствует увеличению числа положительных результатов, особенно при микроскопии фрагментов ногтевых пластинок: на 2-е сутки число положительных результатов возрастает в 1,7 раза (56,5% против 32,6%, $p < 0,05$), на 3-и сутки еще у 10,9% больных можно выявить нити мицелия.

При лечении ДС у больных, выявленных в отделениях МЛУ необходимо наряду с ТА использовать эмоленды. Это обусловлено преобладанием у пациентов сквамозной, сквамозно-

гиперкератотической и сочетанием сквамозной и интритригинозной форм (в сумме 87%), сопровождающихся сухостью кожи (72,4%). Клиническая составляющая индекса КИОТОС 3 и более баллов у 55,1%, указывает на необходимость использования системных антимикотиков.

Несоответствие перечня ГА, зарегистрированных в ГРЛС РФ и ФКР РОДВК указывает на необходимость приведения в соответствие данных документов. Показано, что на приоритеты использования ГА оказывают влияние документы, регламентирующие перечень лекарственных средств (ЛС) для бесплатного обеспечения определенных контингентов населения.

При назначении лечения больным ДС на уровень комплаенса оказывает влияние внутренняя убежденность пациента в правильности собственного выбора. Приверженность к терапии зависит от двух факторов: понимания рекомендаций врача и характеристики препаратов (эффективность/безопасность/качество). Стоимость лекарственных препаратов для больного не существенна.

Алгоритм дерматологического сопровождения больных ДС, выписавшихся из стационара, основанный на взаимодействии дерматологов и врачей смежных специальностей, позволил убедить 51,1% больных обратиться к дерматологу по месту жительства и начать лечение.

Методология и методы диссертационного исследования. Основой методологии диссертационной работы явились данные отечественных и зарубежных авторов, отражающие эпидемиологическую значимость, роль экзо- и эндогенных факторов в патогенезе МС, особенности клиники, диагностики, лечения и приверженности больных к терапии с учетом современного состояния и степени разработанности каждого раздела. Для решения поставленных задач использованы аналитический, клинический, психологический вербально-коммуникативный (метод анкетирования), микроскопический, в том числе авторский, методы исследования. Проведена оценка уровня приверженности пациентов с ДС к терапии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. ДС встречаются более, чем у половины (54,8%) больных в стационарах МЛУ, часто протекают на фоне коморбидности патологии органов и систем (44,8%), обостряются у каждого четвертого пациента (24,7%) при назначении антибиотиков. Преобладают больные с клиническими формами ДС, опасными в эпидемиологическом плане (87%), часто присутствует онихомикоз (85,5%), имеет место множественное поражение ногтевых пластинок (49,2%) при индексе КИОТОС 3 балла и более (55,1%).

2. Причины, способствующие высокому уровню заболеваемости МС, определенные путем изучения мнения дерматологов и врачей смежных специальностей, их ранжирование на 4 группы, качественная и количественная характеристика каждой группы, являются основой для совершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

3. Новая методика микроскопической диагностики ДС – «щелочное препарирование» в шприце, обладает существенными преимуществами и более эффективна, чем традиционный метод и метод скотч-проб при всех клинических формах заболевания в т.ч. при онихомикозе.

4. Анализ ресурсов ТА, указанных в ГРЛС и ФКР РОДВК для лечения микозов стоп, изучение приоритетов их использования в медицинской практике, анализ приверженности больных к терапии, алгоритм дерматологического сопровождения больных ДС в стационаре и на амбулаторном этапе – важные критерии совершенствования медицинской и организационной помощи данному контингенту больных.

Личный вклад автора. Автором выбрано направление исследования, проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, сформулированы цели и задачи, научная новизна и практическая значимость, положения, выносимые на защиту. Разработан дизайн исследования, подготовлены авторские варианты Индивидуальных регистрационных карт (ИРК), соответствующие современным требованиям доказательной медицины. Написаны статьи, подготовлены доклады и презентации для выступлений на научных конференциях различного уровня. Автором лично проведено клиническое и лабораторное обследование больных МС в соответствии с поставленными задачами, в программе Excel лично зашифрованы данные по всем разделам диссертации, проведена статистическая обработка материала и анализ полученных результатов.

Внедрение результатов исследования. Результаты научных исследований используются в учебном процессе кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»; кафедры дерматовенерологии учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет» МЗ Белоруссии; кафедры дерматовенерологии Казанского государственного медицинского университета МЗ России; кафедры дерматовенерологии, косметологии и дополнительного профессионального образования ФГБОУ «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ России. Они применяются в практической работе «Отделенческой больницы на ст. Смоленск ОАО Российские железные дороги», Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Смоленский ОКВД, филиале №1 Федерального государственного бюджетного учреждения "Лечебно-реабилитационный клинический центр" МЗ РФ.

Степень достоверности. Достоверность и обоснованность результатов диссертационной работы базируется на достаточном фактическом материале, использовании современных методов исследования и качественной статистической обработке материала. Используются

данные электронного ресурса ROSMED.INFO (137 амбулаторных больных) и больных, лично обследованных автором в стационарах МЛУ (221).

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на XXXIV, XXXV, XXXVI Научно-практических конференциях с международным участием «Рахмановские чтения» (Москва, 2017, 2018, 2019); IV съезде микологов России (Москва, 2017); X Международном форуме дерматовенерологов и косметологов IFDC (Москва, 2017); научно-практической конференции «Импортозамещение, доступная медицинская помощь и равные возможности в дерматологии» (Москва, 2017), Российско-китайском конгрессе по медицинской микробиологии, эпидемиологии, клинической микологии и иммунологии «XXII Кашкинские чтения» (С-ПБ, 2019). Апробация диссертации проведена на кафедре кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИНО ФГБОУ ВО «МГУПП» Министерства науки и высшего образования РФ 27 мая 2019.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 27 научных работ, из них 10 в научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ (статей – 4, тезисов – 6), в том числе 1 статья в журнале, индексируемом Scopus, глава «Дерматофитии стоп: классификация, патогенез и клиника» в научной монографии «Микология сегодня» / под ред. Ю.Т. Дьякова, А.Ю. Сергеева М. 2017). Подготовлены пособия по микозам стоп для врачей смежных специальностей (2017, 2019) и населения (2019).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует шифру научной специальности: 14.01.10 – кожные и венерические болезни и формуле специальности. Область исследований при МС соответствует пунктам 2 (заболеваемость), 3 (клиника и диагностика) и 4 (лечение).

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 174 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, включающих 7 глав, выводов, практических рекомендаций, заключения и приложений. Список литературы включает 360 источников, в том числе 258 отечественных и 102 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 7 таблицами и 58 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на кафедре кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИНО ФГБОУ ВО «МГУПП» в период с 2016 по 2019 гг. в рамках кафедральной НИР «Проблемы инфекционной патологии кожи». Клинической базой для набора материала служил многопрофильный военный госпиталь МО РФ. Для выполнения поставленных задач были использованы следующие методы исследования.

Аналитический метод – сравнение числа ТА различных фармакологических групп, зарегистрированных в ГРЛС РФ и рекомендованных для применения в ФКР РОДВК «Дерматовенерология 2015: Болезни кожи, инфекции, передаваемые половым путем» (2016).

Психологический вербально-коммуникативный метод (метод анкетирования) использован: 1. для оценки приверженности больных ДС к терапии путем заполнения авторского варианта индивидуальной регистрационной карты (ИРК) «Оценка уровня комплаенса (приверженности) к лечению пациентов с ДС», которую внесли в электронный ресурс ROSMED.INFO, позволяющей вести регистр пациентов различными врачами; 2. для анализа причин роста заболеваемости МС на современном этапе по мнению дерматовенерологов и врачей смежных специальностей с использованием ИРК.

Клинический метод. Для изучения особенностей течения ДС разработан авторский вариант ИРК. Для анализа частоты регистрации МС у больных в стационарах использован протокол «Пациентопоток». Для изучения преемственности между стационаром и поликлиникой применена ИРК «Дерматологическое сопровождение больных ДС на амбулаторном этапе». Тяжесть онихомикоза оценивалась индексом КИОТОС [Сергеев А.Ю., 2001].

Оценка уровня приверженности пациентов к терапии проводилась по шкале Мориски-Грина (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986), состоящей из 4 вопросов. Каждый пункт шкалы оценивается по принципу «Да-Нет»; ответ «Да» – 0 баллов, ответ «Нет» – 1 балл. Высокий уровень приверженности соответствует 4 баллам; пациенты, набравшие 3 балла, – недостаточно привержены и находятся в группе риска по развитию неприверженности; пациенты, набравшие 2 балла и менее – считаются неприверженными.

Лабораторные методы. Диагностика ДС осуществлялась микроскопическим методом. Результат считался положительным при выявлении истинного септированного мицелия. Забор материала из очагов поражения проводился тремя методами: соскоб патологического материала скальпелем (традиционный метод), методом «скотч-проб» и авторским методом «ЩП» в шприце.

Материалы исследования. Для изучения приверженности больных ДС к лечению проведен анализ 242 ИРК. Анализ причин роста заболеваемости МС осуществлен по данным ИРК, заполненных 39 врачами смежных специальностей, работающих в стационарах, и 42 дерматовенерологами, проходящими циклы усовершенствования врачей на кафедре и работающих на клинических базах кафедры. Спектр и частота антимикотиков различных фармакологических групп, использованных ранее для лечения ДС (данные анамнеза), изучены на выборке 358 больных. Она включала данные электронного ресурса ROSMED.INFO, среди которых 137 анкет заполнено врачами амбулаторного приема и 221 – лично автором. Особенности течения ДС изучены при обследовании 221 больного в отделениях МЛУ.

Статистическая обработка результатов проведена на кафедре биоинженерии биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова с использованием пакета статистических программ «STASTICA». Описательная статистика количественных признаков представлена средним и среднеквадратичным отклонением ($M \pm m$). Для анализа нормально распределенных признаков применялись t-критерий Стьюдента, критерий Пирсона (χ^2). Корреляционный анализ Spearman's Rank Correlation (Sr) использовали для изучения связи переменных внутри групп. Гипотеза зависимости изучаемой пары переменных не отвергалась при значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Встречаемость ДС у больных в стационарах многопрофильного лечебного учреждения. Обследовано 403 больных, госпитализированных в отделения МЛУ. Больные обследовались преимущественно в течение первой недели пребывания в стационаре. Использован метод произвольной выборки. Диагноз ДС подтвержден у 221 (54,8%). В хирургическом отделении ДС выявлена у 2/3 (69,4%) больных. Частота регистрации ДС в терапевтическом (55,4%), пульмонологическом (50%) и кардиологическом (47,1%) отделениях существенно не отличалась. Сроки пребывания больных в стационарах регламентированы Приказом МЗ РФ от 29.12.2012 г. № 1706 – не более 14 дней. Обследование и лечение должно проводиться только с учетом профильного для отделения диагноза. Встречаемость ДС у пациентов зависит не от профиля отделения, а наличия у него той или иной соматической патологии. Внутренние болезни могут являться фактором, отягощающим течение и изменяющим клиническую картину микоза. У 221 больного ДС зарегистрировано 341 сопутствующее заболевание, в среднем $1,6 \pm 0,6$ на одного пациента. Один диагноз имели 55,2% больных, два – 29% пациентов, три более – 15,8%. Среди сопутствующих ДС заболеваний преобладала патология сердечно-сосудистой системы (29%). Реже регистрировались заболевания органов пищеварения (16,4%), дыхания – 13,5%, гепатобилиарной (10,9%) и эндокринной систем (7%). Другие заболевания, относящиеся к 14 группам, были у 10% пациентов. По данным анамнеза ДС имели 66 (29,9%) больных, регулярно принимающие антибиотики. Обострение микоза при их назначении в стационаре отметили 22 (24,7%) из 90 больных.

Причины высокого уровня заболеваемости МС в России. Они могут быть медицинского и немедицинского характера. Для их устранения одинаковые усилия должны приложить и врач, и больной. Врачу любой специальности важно мотивировать пациента на необходимость лечения имеющегося у него МС, а сам больной должен захотеть лечиться. Анализ ИРК, заполненных врачами и больными, позволил ранжировать эти причины на 4 группы.

1. *Причины, зависящие от деятельности дерматологической службы.* МС практически всегда регистрируют 46,2% дерматологов, работающих, в основном, в государственных лечебных учреждениях (ГЛУ). В 42,9% случаев МС не регистрируют врачи коммерческих

лечебных учреждений. В ГЛУ редко учитывают пациентов при наличии онихомикоза (33,3%) и при МС с минимальными клиническими проявлениями (23,8%). Низкий уровень контроля эффективности терапии и качества диспансеризации МС отметили 94,9% дерматологов. На контрольное обследование после завершения лечения больные приходят, если лечение недостаточно эффективно (33,3%) или при наличии аллергических реакций на антимикотики (10,3%). Использование культурального метода, как критерия оценки эффективности, применяется редко (7,6%) из-за централизации лабораторий, удаленности их от места жительства больного и в связи с коммерческой составляющей (услуга платная). Только 20-35% больных МС направляют к дерматологам членов своих семей для обследования на наличие МС. Практически во всех случаях это лица с проявлениями МС или онихомикозом. Реже (10-15%) члены семей лечатся сами по аналогии с больным родственником. В стационаре диагноз ДС впервые поставлен 149 (67,4%) больным. Рецидивирующее течение имели 72 (32,6%) пациента, среди которых более половины (37 или 51,4%) самовольно прекратили системную терапию в связи с возникшими осложнениями (боли в желудке, в области печени, появление тошноты и высыпаний на коже и т.п.), а остальные 35 (48,6%) лечение не завершили. В настоящее время МС активно выявляют лишь среди декретированного контингента и у лиц при проведении медицинских осмотров в рамках дополнительного медицинского страхования. Большинство дерматологов (83,3%) считают МС значимым триггерным фактором в патогенезе аллергических заболеваний, у врачей смежных специальностей этот показатель составляет 33,3%. Этот показатель был минимальным у хирургов и невропатологов (14,6%), а более значимым у пульмонологов и гастроэнтерологов (54,4%). Имея МС, постоянно посещали бассейн 97 (43,9%) пациента, что косвенным образом свидетельствует о формализме при выдаче справок в бассейн. Среди пациентов с впервые установленным диагнозом ДС треть (32%) до посещения врача занимались самолечением.

2. *Причины, связанные с уровнем профессиональной подготовки врачей смежных специальностей.* Эти специалисты недостаточно знакомы с МС. Только 11 (26,2%) дерматологов отметили, что за последние 3 года они выступали на врачебных конференциях в ЛПУ с докладами по данной проблеме. В описании объективного статуса в историях болезни у 182 (82,4%) пациентов с ДС имелась стандартная запись «кожа и видимые слизистые не изменены» или описание кожных покровов вообще отсутствовало. В течение двух лет, предшествующих последней госпитализации, 62,5% больных посещали в поликлинике врачей различных специальностей, а 18,9% ежегодно по 2-3 раза получали лечение в условиях стационара.

3. *Объективные причины организационного плана.* Это, в первую очередь, отсутствие в ряде многопрофильных ЛПУ консультанта дерматолога. За определенные МЗ РФ сроки пребывания больного в стационаре (10-14 суток) невозможно провести полноценное обследование больного

на наличие непрофильной патологии. Акцент делается только на заболевания, указанные в направлении на госпитализацию. В соматических отделениях отсутствуют антимикотические препараты, т.к. они не входят в стандарты лечения данного отделения.

4. *Причины, связанные с отношением пациента к своему здоровью.* Это низкая санитарная грамотность населения, небрежное отношение к своему здоровью, позднее обращение за медицинской помощью, несоблюдение схем лечения при использовании антимикотиков. Только 15,4% пациентов с МС сообщили о их наличии лечащему врачу, а 32,6% пациентов при наличии рецидивирующей ДС скрыли этот факт.

Для повышения уровня профессиональной подготовки врачей смежных специальностей по МС нами подготовлено пособие «Микозы стоп. Как правильно помочь больному?», а для повышения санитарной грамотности населения – пособие «Микозы стоп: прочти и задумайся».

Совершенствование микроскопической диагностики ДС. Использование традиционного метода исследования в условия стационара позволило выявить ряд недостатков. Забор материала в палате вызывал негативную реакцию со стороны других больных, что потребовало усовершенствовать этот метод. Быстрая кристаллизация простого раствора КОН сокращает время хранения материала и не позволяет проводить повторную его микроскопию. Транспортировка в лабораторию и подготовка для исследования может занимать 1-3 дня. За это время некоторые больные уже выписывались из стационара, не узнав результатов исследования. При переносе патологического материала из пробирки/пакета на стекло происходит его частичная потеря и рассеивание в помещении.

Метод «скотч-проб» в эпидемиологическом плане менее опасен в условия стационара, но не удобен для исследования кусочков ногтевых пластинок. В соответствии с этим оптимизирован метод забора материала и процесс его подготовки для микроскопии.

Описание метода «ЩП» в шприце. Соскобы чешуек и мацерированного эпидермиса, обрывки покрышек пузырей, фрагменты гиперкератоза с кожи и фрагменты ногтей и т.п. помещают в 5-ти мл шприц, после извлечения из него поршня. Затем вставляют поршень в шприц, плотно прижимая материал. Для просветления и растворения содержимого готовят специальный состав: КОН 30 г, глицерин 10 мл, дистиллированная вода до 100 мл. Через иглу в шприц набирают небольшое количество этого раствора, чтобы патологический материал был погружен в жидкость. Время экспозиции соответствует времени, необходимого для полного его растворения. Затем иглу снимают и 1-3 капли взвеси из шприца помещают на предметное стекло, накрывают покровным стеклом, прижимают для равномерного распределения взвеси. Микроскопируют под малым (объектив x10), затем средним (объектив x 40) увеличением микроскопа. При отрицательном результате проводится повторная микроскопия оставшегося в шприце материала.

Оценка эффективности трех методов выполнена у 92 (41,4%) больных (табл. 1). У каждого пациента забор материала проводился одновременно каждым из них. Онихомикоз имели 78 (84,8%) больных.

Наибольший процент положительных результатов зарегистрирован при использовании метода «ЩП» в шприце (91,1%). Традиционным методом диагноз подтвержден в 1,5 раза реже (60,9%, $p < 0,05$), методом скотч-проб – в 1,3 раза реже (68,5%, $p < 0,05$). Отличия при сравнении двух последних методов отсутствовали ($p > 0,05$). Дана оценка эффективности трех методов диагностики ДС при различных клинических формах. В одну группу объединили больных со сквамозной и сквамозной в сочетании интертригинозной формами (N=48). В другую группу вошли пациенты с интертригинозной, дисгидротической формами и при их сочетании, когда забор материала методом скотч-проб затруднен (N=19) (рис.1). При сквамозной форме наилучшие результаты показали методы «скотч-проб» (91,6%) и «ЩП в шприце» (95,8%). Положительный результат при использовании традиционного метода зарегистрирован в 66,7% случаев ($\chi^2=9,21, p < 0,01$). При сквамозно-гиперкератотической форме эффективность методов распределялась в следующей последовательности: «ЩП в шприце» (96%), метод скотч-проб (80%) и традиционный метод (44%) ($\chi^2=9,21, p < 0,001$). При вариантах ДС, протекающей с наличием эксудативных морфологических элементов и эрозий (дисгидротическая, интертригинозная и их сочетание), эффективность традиционного метода и метода «ЩП» в шприце практически не отличались (78,9% и 73,7%, соответственно), а метод «скотч-проб» был менее эффективным (21,1%), ($\chi^2=9,21, p < 0,001$).

Сравнительный анализ эффективности лабораторной диагностики срезов ногтевых пластинок при ДС изучен у 65 больных. Метод «ЩП» в шприце оказался в 1,4 раза эффективнее, чем традиционный метод (70,8% против 50,7%) ($p < 0,05$). Результаты исследования напрямую зависели от толщины ногтевых пластинок. При нормотрофическом и гипертрофическом (с минимальным утолщением ногтевых пластинок) типах оба метода давали положительный результат. При выраженном гиперкератозе преимущество было у метода «ЩП» в шприце.

Эффективность метода «ЩП» в шприце оценена посуточно. В 1-е сутки в соскобах эпидермиса диагноз был подтвержден в 85,5% случаев. На 2-е сутки возбудитель был обнаружен еще у 9,7% больных и на 3-сутки – еще 14,8%. При исследовании срезов ногтевых пластинок на 2-е сутки число положительных результатов было в 1,7 раза больше (56,5% против 32,6%, $p < 0,05$). На 3-и сутки еще у 10,9% больных обнаружены нити мицелия.

Особенности течения ДС у больных в стационаре. Обследован 221 больной. Преобладали мужчины (87,8%), что обусловлено спецификой лечебного учреждения (военный госпиталь). В возрастном аспекте лидировала (77,3%) социально активная группа от 18 до 55 лет

(ж)-60 лет (м). Лиц пожилого и старческого возрастов было 22,7%. Впервые диагноз ДС поставлен 67,4% больных, а 32,6% обращались к дерматологу ранее.

Давность заболевания у больных колебалась от 3 мес. до 30 лет, а в 55,6% случаев она превышала 4 года. Это свидетельствует о низкой санитарной грамотности у населения, небрежном отношении к своему здоровью и отсутствии желания лечиться. Сочетанное поражение кожи стоп и ногтей имели 69,7% больных. Редко регистрировалось изолированное поражение кожи стоп (14,5%) и крайне редко – сочетание ДС и кистей (6,7%), ДС и крупных складок (3,2%), изолированный онихомикоз (5,9%). Преобладали наиболее опасные в эпидемиологическом плане клинические формы ДС без наличия экссудации на коже (87%): сквамозная (44,7%), сквамозно-гиперкератотическая (24,5%) и сквамозная + интертригинозная (17,8%). ДС с экссудативным компонентом: интертригинозная (2,9%), дисгидротическая (8,7%) и их сочетание (1,4%) наблюдались редко (13%). Перед госпитализацией в стационар в плановом порядке больные занимались самолечением для устранения бросающихся в глаза клинических проявлений МС. Большинство больных ДС (74,2%) отметили, что кожные покровы стоп имеют выраженную сухость. Повышенная потливость наблюдалась в 3 раза реже (24,4%, $p < 0,05$). Больных с нормальной влажностью практически не было (1,4%). Онихомикоз имели 85,5% больных. Почти у половины (49,2%) из них были поражены 3 и более ногтевых пластинок. Индекс КИОТОС 3 и более баллов имели 55,1% больных. Системные антимикотики ранее получали всего 23,6% пациентов – аллиламины 48,2%, азолы 25,9%. Нормотрофический (44,9%) и гипертрофический (41,8%) типы онихомикоза встречались одинаково часто. Часть больных имела смешанный тип (10,7%), а атрофический – только 2,6%. Осложненная ДС наблюдалась редко (16,3%), в том числе микотической экземой у 8,2% больных, вторичной пиодермией – у 7,2%, аллергическим дерматитом – у 0,9%. Микиды выявлены у 26,7% пациентов. При дисгидротической форме ДС они были представлены везикуло-буллезными высыпаниями, в основном на кистях.

Лечение дерматофитии стоп. В ГРЛС для лечения МС разрешены 4 группы ТА: азолы, аллиламины, полиены и другие препараты с антимикотическим эффектом. ТА выпускаются в виде различных лекарственных форм: раствор, крем, гель, мазь, порошок, линимент, спрей. В инструкциях фирм производителей имеются показания для лечения МС (по МКБ-10 В35.3; В37.2). Группа однокомпонентных азолов включает имидазолы и триазолы. МНН (ТН) имидазолов: *клотримазол* (клотримазол, клотримазол-Акрихин, клотримазол-Тева, кандидат, канестен, кандибене, канизон, кандизол, амиклон); *миконазол* (микозон); *сертаконазол* (сертамикол и залаин), *оксиконазол* (мифунгар); *бифоназол* (микоспор, бифосим); *кетоназол* (себозол, низорал, микокет, микозорал); *изоконазол* (травоген); *эконазол* (экодакс, ифенек), *омоконазол* (микогал) и *фентиконазол* (ломексин). В группу триазолов входит *флуконазол* (ТН –

флюкорем). Группа аллиламинов включает МНН (ТН): *нафтифин* (мизол Эвалар, экзостат, микодерил, экзодерил) и *тербинафин* (экзифин, экзистер, тербинафин, тербинафин-МФФ, фунготербин, миконорм, тербизил, унгусан, атифин, тебикур, ламизил, ламизил Дермгель, ламизил Уно, тербизед-Аджио, термикон, тербикс, ламитель, бинафин, тербифин, тербинокс). В группу *полиенов* входит натамицин (ТН – пимафуцин). Другие препараты МНН (ТН): хлорнитрофенол (ТН – нитрофунгин), циклопирокс (ТН – батрафен). В ГРЛС зарегистрировано 6 МНН двухкомпонентных ТА, каждому из которых соответствует по одному ТН. Среди них 3 препарата на основе азолов (микоспор, травокорт и кандид Б), один – аллиламинов (фунготербин НЕО) и 2 – других ЛС (лоринден С и микосептин). Зарегистрировано 4 МНН трехкомпонентных ТА, им соответствует 6 ТН ТА. ЛС с МНН бетаметазон дипропионат + гентамицин + клотримазол имеют 3 ТН препаратов (акридерм ГК, тридерм и канизон плюс). По одному ТН имеют МНН натамицин + гидрокортизон + неомицин (пимафукорт); беклометазон + гентамицин + клотримазол (кандидерм) и тербинафин + интерферон- α -2b + метронидазол (микроферон). Четырехкомпонентный ТА тетрадерм (эконазол + гентамицин + декспантенол + мометазон) зарегистрирован в 2018 г.

По данным ГРЛС для лечения ДС можно использовать 16 МНН однокомпонентных ТА. В ФКР РОДВК вошло 11 МНН. Отсутствуют: флуконазол (флукодерм), фентиконазол (ломексин), натамицин (пимафуцин), хлорнитрофенол (нитрофунгин), омоконазол (микогал). Врачи по данным анамнеза больных назначали только 9 МНН ТА. Двухкомпонентных МНН ТА в ГЛРС – 6, в ФКР – 4, врачи назначали только 2. В ГРЛС отсутствуют миконазол + мазипредон (микозолон) и клотримазол + бетаметазон (лотридерм), которые применяли врачи. В ФКР РОДВК отсутствуют зарегистрированные в ГРЛС бифоназол + мочевины (микоспор) и клотримазол + беклометазон (кандид Б). Трехкомпонентных МНН ТА в ГРЛС зарегистрировано 4, в ФКР РОДВК рекомендовано – 2: отсутствуют клотримазол + гентамицин + беклометазон (кандидерм) и интерферон α -2b + метронидазол + тербинафин (микоферон). Врачи назначали только 2 МНН ТА.

Для изучения практики использования врачами ТА использованы данные электронного ресурса ROSMED.INFO. В него вошли сведения из 358 анкет, заполненных лично автором и другими дерматологами. Установлено, что ранее антимикотики получали 2/3 (228 или 63,7%), в том числе системные – только 1/4 (54 / 23,6%). Неэффективность лечения ДС при использовании системных аллиламинов (ламизил, тербинафин, термикон, экзифин) зарегистрирована у 48,2% больных, азолов (флуконазол, румикоз, ирунин, орунгал, низорал и итраконазол) – у 25,9%; гризеофульвина – 25,9%. ТА использовали 228 (63,7%) больных ДС, причем иногда – последовательно несколько препаратов: один (59,2%), два (31,6%) и три (9,2%). Наиболее часто (88,2%) больные применяли однокомпонентные, реже (29,4%) – двух- и крайне редко (6,6%) –

трехкомпонентные ТА. Это можно объяснить тем, что среди 358 больных ДС осложнения (вторичная пиодермия, микробная экзема, аллергический дерматит) зарегистрированы у 68 (19%) больных. ТА на основе аллиламинов использовались в 1,6 раза чаще, чем азолов (60,2% против 38,3%, $p < 0,05$). Препараты других групп применялись единичными больными (1,5%).

В группе однокомпонентных азолов лидировал клотримазол (65/79,3%). С учетом ТН он преобладал (52/80%). Реже назначались кандид, канестен и канизон (13/20%). Препараты других групп использовали единичные пациенты: бифоназол (7/8,5%), сертаконазол (5/6,1%), кетоконазол (4/4,9%), изоконазол (1/11,2%). Преобладание клотримазола можно объяснить экономической составляющей и включением его в перечень ЛС для бесплатного обеспечения различных категорий пациентов (в нашем случае это кадровые военнослужащие). В группе однокомпонентных аллиламинов отличий при использовании тербинафина (71/53,8%) и нафтифина (61/46,2%) не выявлено ($p > 0,05$). В группе тербинафина лидировал ламизил (35/49,3%). В 1,8 раза реже назначали тербинафин (20/28,2%, $p < 0,05$) и 2 раза реже – экифин (16/22,5% $p < 0,05$). В группе нафтифина лидировал экзодерил (39/63,9%, $p < 0,05$), треть больных использовала нафтифин (20/32,8%). Двухкомпонентные ТА получали 67 (24%) больных ДС. Лидировал микосептин (77,6%), как самый дешевый препарат. Около $\frac{1}{4}$ (23,9%) применяли фунготербин Нео. Трехкомпонентные ТА использовались редко (15/6,6%). При ониомикозе лаки получали 25 пациентов. Лидировал (17 больных) лак с ТН аморолфин, отсутствующий в ГЛРС. Циклопирокс получали 8 пациентов.

Оценка приверженности пациентов к терапии изучена у 242 больных ДС. Мужчины в 7,1 раза преобладали над женщинами (87,6% против 12,4%), что обусловлено участием в исследовании больных, прикрепленных к стационарам и поликлиникам, обслуживающим военнослужащих и членов их семей. Почти половина больных (46,7%) была в возрасте от 35 до 55 (ж) - 60 (м) лет, $\frac{1}{4}$ (24,8%) – от 55 (ж) - 60 (м) лет до 75 лет; реже – в возрасте от 18 до 35 лет (19%) и старше 75 лет (9,5%). Средний балл по Шкале Мориски-Грина был 1,7, что соответствует крайне низкому уровню приверженности к проводимой терапии. Отличий по полу не выявлено. Использование корреляционного анализа позволило установить взаимосвязь между приверженностью к терапии и возрастом больных ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Минимальный уровень приверженности выявлен у лиц обоих периодов зрелого возраста: от 18 до 35 лет (1,4 балла) и от 35 до 55 (ж) – 60 (м) лет (1,4 балла). Более высокий уровень имели лица пожилого возраста от 55 (ж) – 60 (м) лет до 75 лет (2,4 балла) и несколько ниже – пациенты старческого возраста (2,0 балла).

Значение приверженности коррелировало с клинической формой заболевания ($r = 0,20$, $p < 0,05$). Максимальный уровень зарегистрирован у больных с клиническими формами ДС, протекающими с минимальными манифестациями кожного процесса: наличие только

онихомикоза (2,2 балла), сквамозная (2,1 балла), интертригинозная (1,8 балла) формы и их сочетание (2,1 балла). Можно полагать, что это связано с желанием больных купировать процесс на ранней стадии; периодическим использованием ТА без соблюдения схем лечения; применением средств ухода за кожей, содержащих вещества с антимикотическим эффектом и др. Минимальное значение зарегистрировано у пациентов с клиническими формами, протекающими с выраженной симптоматикой. Это дисгидротическая форма и ее сочетание с интертригинозной (1,2 балла), сквамозно-гиперкератотическая форма (1,2 балла) и ее сочетание с интертригинозной (1,2 балла). В этой группе лидировали пациенты (85%), не применявшие ранее ТА. Они пытались купировать процесс различными народными средствами. Отсутствие желания и возможности своевременно лечиться (частые командировки), игнорирование мер профилактики, возможно, послужили причиной прогрессирования и частых рецидивов заболевания. Установлена взаимосвязь приверженности к терапии с наличием осложненных форм ДС ($r=0,17$, $p<0,05$). Она была крайне низкой при вторичной пиодермии (1,2 балла) и микробной экземе – (1,1). Возможно, что этот фактор мог быть причиной инфицирования очагов и развития микробной сенсibilизации. Выявлена обратная зависимость между уровнем приверженности к терапии и наличием у больных онихомикоза ($r = - 0,17$, $p<0,05$). При поражении ногтей он был достоверно в 1,6 выше, чем при локализации процесса только на коже стоп (2,2 против 1,4 балла). Т.е. косметический дефект в области ногтей волновал пациентов значительно больше, нежели поражение кожи стоп. Приверженность больных к терапии зависела от использования ранее ТА ($r=0,27$, $p<0,05$). Хотя приверженность к терапии у них была очень низкой (1,9 балла), но все-таки в 1,6 раза выше, чем у больных, не получавших лечение ранее (1,2 балла) ($p<0,05$). Значение приверженности коррелировало и с числом ТА, которыми больные лечились ранее ($r=0,32$, $p<0,05$). Это показатель последовательно увеличивался в зависимости от числа использованных ранее ТА – от 1,8 балла (один ТА) до 2,5 баллов (три и более ТА).

Всего 69% больных после посещения врача понимали, как лечить ДС (комплаенс 1,8 балла). Не всегда понимали назначение врача 28,5% больных (1,6 балла), а совсем не понимали, что назначил врач 2,5% больных (1,5). Оценка предпочтений в выборе ЛС показала, что 89,2% пациентов придерживаются рекомендаций врачей и фармацевтов, 22,7% доверяют собственному мнению или советам близких/знакомых. Величина комплаенса во всех случаях была одинаковой (1,7 балла), т.е. приверженность к терапии напрямую зависит от того, во что верит больной. Для 54,1% больных значимой была стоимость лекарственных препаратов, 21,1% предпочитали более дешевые варианты, для 24,8% их стоимость роли не играла. Уровень комплаенса был одинаковым (1,7 балла) как при выборе препаратов с высокой, так и с низкой стоимостью. Для 62,8% пациентов значима эффективность препаратов, 24,4% обращают внимание на его безопасность, внимательно читая инструкцию, а для 39,2% больных значение имеет качество

препарата. Если пациенты уверены в эффективности/безопасности препарата и его качестве, то они лучше соблюдают рекомендации врача и комплаенс у них выше (1,8 балла), чем без учета эти факторов (1,6 балла).

Тактика дерматологического сопровождения больных ДС на амбулаторном этапе.

Учитывая общепринятые сроки госпитализации (не более 14 дней) и отсутствие антимикотических препаратов в соматических отделениях предложен алгоритм дерматологического сопровождения на амбулаторном этапе больных МС, выявленных в отделении. **1.** Обязательным условием для всех специалистов являлся осмотр кожных покровов с записью в истории болезни. **2.** При наличии клинических проявлений МС дальнейшая тактика ведения больного зависела от наличия или отсутствия в лечебном учреждении врача дерматолога и возможности лабораторного подтверждения диагноза МС. Если в штате ЛПУ был дерматолог, то он ставил предварительный диагноз МС (отсутствие лабораторной диагностики) или окончательный диагноз МС (обнаружение возбудителя). А лечащий врач в выписном эпикризе отражал этот факт и рекомендовал обратиться к дерматологу по месту жительства для обследования, лечения и диспансерного наблюдения. Если дерматолог в штате ЛПУ отсутствовал, лечащий врач в выписном эпикризе рекомендовал больному обратиться к дерматологу по месту жительства для решения вопроса о диагнозе МС, лечении и диспансерном наблюдении. **3.** В обоих врач стационара акцентировал внимание больного с поражением кожи стоп и ногтей на необходимость соблюдения профилактических мероприятий в период пребывания в ЛПУ.

Прослежены результаты реализации данного алгоритма у 221 больного. В поликлиники/КВД по месту жительства обратилась половина (113 или 51,1%) из них. Различий в числе больных, выявленных впервые (52,4%) и ранее обращавшихся к дерматологу (47,6%) не выявлено ($\chi^2=3,841$, $p>0,05$). Частота явки больных на амбулаторное лечение зависела от их возраста ($\chi^2=11,345$, $p<0,001$). Наибольшую активность (51,4%) проявили пациенты в возрасте от 35 до 55(ж)-60(м) лет. В 2,2 раза реже (23,8%) это наблюдалось в возрастной группе от 18 до 35 лет. Они представляют собой наиболее активный в социальном плане контингент населения. Значительно реже в поликлинике/КВД посетили врача лица пожилого (15,9%) и старческого (8,9%) возрастов. Эффективность данного алгоритма зависела от особенностей клиники ДС. В поликлинику/КВД в 3,4 раза чаще обращались пациенты с клинической составляющей индекса КИОТОС 3 и более баллов по сравнению таковыми, имеющими 1-2 балла (73,1% против 21,2%) ($\chi^2=6,635$, $p<0,001$), в 2,2 раза чаще при поражении 3 и более ногтевых пластинок, чем при инфицировании 1-2 ногтей (68,8% против 31,3%) ($\chi^2=6,635$, $p<0,001$) и в 3 раза больше – с гипертрофическим онихомикозом по сравнению с нормотрофическим (87,4% против 29,4%) ($\chi^2=6,635$, $p<0,001$). При поражении кожи и/или ногтей на кистях этот показатель был 73,3% .

ВЫВОДЫ

1. ДС в 4-х отделениях МЛУ зарегистрированы более, чем у половины больных (54,8%). Два и более диагноза сопутствующих заболеваний имели 44,8% пациентов, что свидетельствует о коморбидности патологии. Заболевания сердечно-сосудистой (29%), гастродуоденальной (16,4%), дыхательной (13,5%) и гепатобилиарной (10,9%) систем встречались чаще других. При регулярном амбулаторном приеме антибиотиков ДС обострялись у 29,9% пациентов, а в стационаре – у 24,7%. Для госпитализированных больных характерно поражение кожи стоп и ногтей (69,7%); преобладание в 1,8 раза сквамозной (44,7%) формы над сквамозно-гиперкератотической (24,5%); частое наличие микидов (26,7%) и редкое – осложнений (16,3%); поражение 3 и более ногтей (49,2%), одинаковая встречаемость нормотрофического (44,9%) и гипертрофического (41,8%) типов онихомикоза при индексе КИОТОС 3 балла и более у 55,1% больных.

2. Определены и ранжированы на 4 группы причины, способствующие росту заболеваемости МС: 1 – зависящие от деятельности дерматологической службы (7); 2 – связанные с уровнем профессиональной подготовки врачей смежных специальностей (2); 3 – причины организационного плана (3); 4 – связанные с отношением пациента к своему здоровью (5).

3. Разработана новая методика для микроскопической диагностики патологического материала (соскобы эпидермиса и фрагменты ногтей) при ДС, названная «ЩП» в шприце. Ее эффективность (91,1%) при исследовании соскобов эпидермиса в 1,5 раза выше, чем при традиционном методе (60,9%, $p < 0,05$) и в 1,3 раза, чем при методе скотч-проб (68,5%, $p < 0,05$). При исследовании фрагментов ногтей она в 1,4 раза эффективнее традиционного метода (70,8% и 50,7%, $p < 0,05$).

4. Выявлены отличия в спектре и числе ТА, зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств (2018), вошедших в ФКР РОДВ (2016) и используемых врачами в клинической практике. При наличии рецидивов заболевания ранее ТА получали 63,7% пациентов. Лидировали однокомпонентные ТА (88,2%), в 1,6 раза чаще больные применяли аллиламины (60,2%), чем азолы (38,3%). В группе аллиламинов тербинафин (53,8%) и нафтифин (46,2%) назначали одинаково часто, а у азолов – лидировал клотримазол (79,3%). Редко использовали системные (24,1%), двух- (24%) и трехкомпонентные (6,6%) антимикотики.

5. Установлено, что пациенты с ДС имеют низкий уровень приверженности к терапии (1,7 балла). Он коррелирует с возрастом больных, клинической формой заболевания, наличием осложнений микоза стоп, онихомикоза, числом ранее получаемых топических антимикотиков. На приверженность к терапии влияют понимание пациентами рекомендаций врача и характеристики лекарственных препаратов (эффективность/безопасность/ качество).

б. Алгоритм дерматологического сопровождения больных ДС в стационаре и на амбулаторном этапе, основан на взаимодействии дерматологов и врачей смежных специальностей. Его реализация позволила добиться обращения 51,1% пациентов в поликлиники/КВД по месту жительства, а эффективность зависела от возраста пациентов, степени выраженности косметического дефекта ногтей на стопах и кожи и/или ногтей на кистях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Врачи смежных специальностей должны помнить, что при заболеваниях различных органов и систем МС могут отягощать их течение, а назначение антибактериальной терапии приводит к обострению микоза. Коморбидность заболеваний значимый фактор полипрагмазии в лечении.

Для совершенствования мер по выявлению МС, оказанию медицинской помощи больным можно использовать пособия для врачей различных специальностей «Микозы стоп. Как правильно помочь больному?» и для населения «Микозы стоп: прочти и задумайся», которые вывешены на сайте кафедры МИНО ФГБОУ ВО "МГУПП" (<https://www.imst.com.ru/publikacii>).

В стационарной и амбулаторной практике для диагностики МС следует использовать методику «ЩП» в шприце. Она эффективна при всех клинических формах ДС и онихомикозе. Исследование патологического материала, особенно фрагментов ногтевых пластинок, следует проводить ежедневно в течение 3-х дней, что повышает процент выявления возбудителя.

Для повышения приверженности к терапии при ДС особое внимание следует уделять пациентам трудоспособного возраста, при многоочаговом процесс, наличии осложнений. Они нуждаются в активной мотивации, подробном консультировании и динамическом наблюдении.

Использование алгоритма дерматологического сопровождения больных на амбулаторном этапе после выписки из стационара позволит усилить взаимодействие дерматологов и врачей смежных специальностей. Пособия «Микозы стоп» для населения и врачей – важный инструмент активного выявления МС, акцентуации на их лечение и профилактику. Они представлены на сайте кафедры МИНО ФГБОУ ВО "МГУПП" (<https://www.imst.com.ru/publikacii>).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Микология сегодня, под ред. Ю.Т. Дьякова, А.Ю. Сергеева. Глава: Дерматофитии стоп: классификация, патогенез и клиника (Обзор литературы). Авторы: Соколова Т.В., Малярчук А.П., Саверская Е.Н., **Монтес Росель К.В.**, Малярчук Т.А. М.: Нац. акад. микологии. 2016. –Т. 3.– С.139-159.
2. **Монтес Росель, К.В.** Встречаемость и особенности течения микозов стоп у больных в отделениях многопрофильного лечебного учреждения. К.В. Монтес Росель, А.П. Малярчук, Т.В. Соколова // С-Пб. **Проблемы медицинской микологии.** – 2017.– Т.19, №2.–С.108-109.

3. Соколова, Т.В. Параллели между эффективностью лечения дерматофитий стоп топическими антимикотиками и клиникой заболевания. Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук, **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук // С-Пб. **Проблемы медицинской микологии.** – 2017. – Т.19, № 2. – С.136-137.
4. Соколова, Т.В. Дерматофитии стоп – две стороны одной проблемы. **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская // **Иммунология, аллергология, инфектология.** – 2017. – № 2. – С.37-44.
5. **Монтес Росель К.В.**, Микозы стоп – навстречу пациенту. Соколова Т.В., Малярчук А.П. // **Клиническая дерматология и венерология.** – 2017.–Т.16, №4.– С. 50-56.
6. Соколова, Т.В. Эффективности лечения микозов стоп топическими антимикотиками различных фармакологических групп. **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук, Т.А. Малярчук // Медфорум. Дерматовенерология. – 2017. –Т.40, №3.– С. 24-30.
7. Микозы стоп: как правильно помочь больному? Пособие для врачей РФ. Под ред. Т.В. Соколовой. // Авторы: Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская, Г.А. Флакс, Т.А. Малярчук, О.В. Гладько, **К.В. Монтес Росель**. М.: МГУПП.– 2017.– 34 с.
8. Соколова, Т.В. К вопросу об активности выявления врачами микозов стоп. **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук // Сборник тезисов XXXIV научно-практической конф. с международным участием Рахмановские чтения «Наследия наших учителей в современной отечественной дерматологии». М. – 2017. – С.152-155.
9. Монтес Росель, К.В. Можно ли справиться с микозами стоп, забывая об их личной профилактике? **К.В. Монтес Росель**, Соколова Т.В. // Сб. тезисов XXXIV научно-практической конф. с международным участием Рахмановские чтения «Наследия наших учителей в современной отечественной дерматологии». М. – 2017. – С. 101-104.
10. Саверская, Е.Н. Оценка уровня приверженности к лечению пациентов с микозами стоп. Е.Н. Саверская, **К.В. Монтес Росель**, Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Сб. тезисов XXXIV научно-практической конф. с международным участием Рахмановские чтения «Наследия наших учителей в современной отечественной дерматологии». М. – 2017. – С.140-143.
11. Соколова, Т.В. Междисциплинарное значение проблемы профилактики микозов стоп. Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская // Сборник тезисов X Международного форума дерматовенерологов и косметологов IFDC. М. – 2017. – С.102-103.
12. Саверская, Е.Н. Анализ факторов, влияющих на приверженность пациентов с микозами стоп к терапии. Е.Н Саверская, **К.В. Монтес-Росель**, А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, О.В. Гура // Успехи мед. микологии. Труды 4 съезда микологов России. М. – 2017.– Т. XVII. – С. 88-91.

13. Малярчук, А.П. Эпидемиологическая значимость активности выявления микозов стоп у различных контингентов населения. А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель** // Успехи мед. микологии. Труды IV съезда микологов России. М.–2017.– Т. XVII. – С.69-71.
14. Микозы стоп – как правильно помочь больному. Пособие для врачей // Авторы: Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская, Г.А. Флакс, Т.А. Малярчук, О.В. Гладько, **К.В. Монтес Росель**, 2-е издание, дополненное. – 2017. – 34 с.
15. Соколова, Т.В. Выбор рационального подхода к терапии микозов кожи – основа эффективности лечения. Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель** // **Клиническая дерматология и венерология**. 2018. – Т.17, №2. – С. 17-26.
16. Соколова, Т.В. Микозы стоп и кистей. Статистика, которая настораживает. Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук // **Проблемы медицинской микологии**. 2018. – Т.20, № 2. – С.115-116.
17. **Монтес Росель, К.В.** Эффективность дерматологического сопровождения больных дерматофитиями стоп на амбулаторном этапе. **К.В. Монтес Росель**, Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская // **Проблемы медицинской микологии**. – 2018. – Т.20, №2. – С. 94.
18. Соколова, Т.В. Клиника микозов стоп / Т.В Соколова, **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук // Русский медицинский журнал. 2018. – №5. – С. 66-72.
19. **Монтес Росель, К.В.** Объективные причины неэффективности лечения микозов стоп антимикотиками различных фармакологических групп. К.В. Монтес Росель, А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Л.А. Панченко // Материалы научно-практич. конф. «Импортозамещение, доступная мед. помощь и равные возможности в дерматологии. – 2019. – С.58-60.
20. Малярчук, А.П. Как повысить эффективность бактериоскопической диагностики микозов стоп? А.П. Малярчук, **К.В. Монтес Росель**, Т.В. Соколова // **Клиническая дерматология и венерологи**. 2019. – Т.18, №4. – С.428-435.
21. Малярчук А.П. Метод «щелочное препарирование» в шприце для бактериоскопической диагностики микозов стоп. А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель** // // **Проблемы медицинской микологии**. С.-ПБ. – 2019. Т.21,№2. – С.99
22. Монтес Росель К.В. Приверженность к лечению при дерматомикозах стоп союз врача и больного А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель** // **Проблемы медицинской микологии**. С.-ПБ. – 2019. Т.21,№2. – С.105
23. Соколова, Т.В. Анализ причин роста заболеваемости микозами стоп Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.П. Малярчук, **К.В. Монтес Росель**, Е.Н Саверская // Сб. тез. XXXVI научно-практической конф. с международным участием «Рахмановские чтения». – 2019. – С.88-91.
24. Монтес Росель, К.В. Многофакторный анализ комплаентности пациентов с дерматофитиями стоп к терапии **К.В. Монтес Росель**, Е.Н. Саверская, Т.В. Соколова, А.П.

Малярчук, Л.А. Панченко // Сб. тезисов XXXVI научно-практической конф. с международным участием «Рахмановские чтения». – 2019. – С.62-64.

25. Соколова, Т.В. Арсенал топических антимикотиков для лечения дерматофитии стоп в России и его использование на практике Т.В. Соколова, **К.В. Монтес Росель**, А.П. Малярчук, А.И. Меньшикова // Успехи медицинской микологии. М.: Нац. акад. микологии. – 2019. – Т.20. – С.114-118.

26. Саверская, Е.Н. Комплаентность как одна из проблем рациональной фармакотерапии дерматофитий стоп Е.Н. Саверская, **К.В. Монтес Росель**, Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.П. Малярчук, А.И. Головинов, Л.А. Панченко // Медицинский Вестник МВД. – 2019. – Т.100. – №3. – С.14-19.

27. Что надо знать о микозах стоп: Прочти и задумайся? Пособие для населения РФ//Под ред. Т.В. Соколовой. Авторы: Т.В. Соколова, В.В. Гладько, А.П. Малярчук, Е.Н. Саверская, **Монтес Росель**. М.: Из-во «МГУПП». – 2019.– 16 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДС	Дерматофитии стоп	ЛС	Лекарственные средства
ГРЛС	Государственный реестр лекарственных средств	МС	Микозы стоп
МЛУ	Многопрофильное лечебное учреждение	ОМ	Онихомикоз
МНН	Международные непатентованные названия	ТА	Топические антимикотики
РОДВК	Российское общество дерматовенерологов и косметологов	ТН	Торговые названия
ФКР	Федеральные клинические рекомендации	ЩП	Щелочное препарирование